Rok XXVI. Kraków, 3 Grudnia 1887. Nr. 49.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, 1. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Doświadczenia nad użyciem kokainu w chirurgii okulistycznéj.

Przez Dra B. Wicherkiewicza.

Lubo wiele już pisano o kokainie od czasu kiedy Koller na Zjeździe okulistów w Heidelbergu w r. 1884 zapoznał świat lekarski z tym dziś powszechnie używanym środkiem, to jednak mimo ogromu publikacyj dotyczących tego przedmiotu jeszcze ostatniego nie wypowiedziano słowa ani co do teoryi działania, ani co do praktycznego zastósowania kokainu. To też czy to nowe doświadczenia, czy to potwierdzenia dawniejszych, przyczynić się mogą do dokładnego zarysowania fizyjologicznych i praktycznych granic działania środka; a z tego punktu widzenia wychodząc, ośmielam się, powodowany mianowicie zachętą prof. Woelflera wyrażoną we *Wiener med. Wochenschrift* ogłosić dalszy ciąg własnych nad kokainem poczynionych doświadczeń.

Nie będę się atoli tutaj rozwodził nad działaniem fizyjologicznem i leczniczem kokainu na oko przy stósowaniu tego środka wprost do worka spojówkowego i na rogówkę; pod tym bowiem względem tak wiele już i pisano i mówiono, iż trudnoby coś odrębnego i wcale nieznanego przytoczyć. Tém zaś więcéj od zadania tego odstąpić mogę, iż sam także zapatrywania moje pod tym właśnie względem złożyłem w pracy umieszczonéj w Przeglądzie Lek. w r. 1885. Zajmiemy się tym razem kokainem jako środkiem znieczulającym i skreślimy znaczenie tego znieczulenia dla chirurgii okulistycznéj.

To ostatnie jest dzisiaj rzeczą powszechnie już znaną. Zaledwie istnieje jeszcze jaki rękoczyn dotyczący oka, przy którymby tego środka nie próbowano, a w przeważnie większéj części operacyj ocznych kokain zyskał sobie prawo stałego obywatelstwa jako środek znieczulający.

Że w niektórych przypadkach nie może on zastąpić znieczulenia ogólnego z uśpieniem połączonego za pomocą chloroformu, eteru itp. środków, rozumie się samo przez się, bo któż chciałby się, mając ważniejsze do wykonania operacyje, obyć bez narkozy, gdy chodzi o dzieci, osoby lękliwe lub takie, które mimo swéj woli operowane, operacyję unicestwić pragną.

Ale i proste irydektomije w jaskrze zapalnéj lub usuwanie ciał obcych z wnętrza oka lepiéj niekiedy, bo korzystniéj dla chorego, a pewniéj dla operatora, wykonywane być winny pod wpływem odurzenia ogólnego, gdyż kokain wpuszczony do worka spojówkowego, nie mogąc dostatecznie znieczulić głębszych części oka, nie wystarcza w takich razach.

Nie o tém właśnie zamierzając mówić winienbym wprost przejść do właściwego zadania.

Zanim atoli to uczynię, t. j. zanim poruszę zastósowanie kokainu w postaci, o któréj mniéj dotychczas się rozpisywano, a mianowicie w postaci wstrzykiwań podspojówkowych, podskórnych lub miąższowych, pozwolę sobie na chwilę zatrzymać się przy użyciu zewnętrznem kokainu dla wykonania operacyi zaćm, a to ze względu na dwie okoliczności, których doniosłość niedostatecznie, jak się zdaje, dotychczas oceniają.

Zauważono już po kilka razy, iż od czasu zaprowadzenia kokainu powstają, mimo prawidłowo wykonanych operacyj, bądź powierzchowne, bądź miąższowe, przemijające lub trwałe zaćmienia rogówki; pierwszym zaś, który pod tym względem oskarżył kokain, był Bunge, donosząc w *Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.* w r. 1885 o kilku przypadkach operowanych w klinice Graefego w Hali, po których powstały owe wzmiankowane zmiany rogówkowe. Streszczając pracę Bungego zaprzeczał Hirschberg możności związku pomiędzy owemi zmianami a kokainem, równocześnie zaś przypisał złe następstwa, przez Bungego podniesione, skutkowi zbyt silnego działania dwuchlorku rtęci, używanego w klinice Graefego do opłukania oka przed i w czasie operacyi.

Czy kokain sam, czy przy równoczesnem zastósowaniu sublimatu, wywołuje owe zaćmienia, nie śmiem na podstawie

mojéj statystyki wnosić. W każdym razie i ja miałem sposobność widywać zaćmienia rogówkowe po operacyjach zaćm prawidłowo wykonanych i z tego względu zacząłem badać związek przyczynowy.

Chcąc dostatecznie znieczulić rogówkę przed operacyją zaćmy, zapuszczamy zazwyczaj kilka razy po sobie 5% rozczyn kokainu. Prócz znieczulenia sprowadza środek ten znaczne obniżenie napięcia śródocznego, w skutek czego rogówka po przecięciu zapada się tworząc fałdy; w takich warunkach brzegi rany nie dobrze przylegają i nieregularnie zrastają się albo też zrost następuje dopiero wtenczas, gdy po ustąpieniu skutku kokainu naprężenie znowu się podniesie i dostateczne przyleganie brzegów rany umożebni. W obu zaś przypadkach krążenie odżywczych soków rogówkowych uledz musi pewnéj zmianie, która się odbije na zamgleniu miąższu rogówkowego Gdy to zamglenie jest nieznacznem i ogranicza się tylko do warstwy przylegającéj do brzegu rany, natenczas ustępuje późniéj, w wielu innych atoli razach trwałem stać się może.

Odkąd postanowiłem sobie, aby 5% rozczyn chlorku kokainowego najwyżéj tylko dwa razy i to krótko przed operacyją zapuszczać, nie widywałem już więcéj owych zaćmień. Czy się atoli ta zasada zawsze okaże skuteczną, dzisiaj jeszcze orzec nie śmiałbym. Wszelako radziłbym, aby u ludzi w podeszłym wieku będących i cieleśnie mocno osłabionych, jako i u tych, u których białkówka odznacza się cienkością, środek znieczulający stosować tylko w słabych rozczynach, najwyżéj 2 razy i to krótko przed operacyją.

Przemijające zamglenia rogówki widziałem także i przy irydektomijach i ztąd nie mogę oprzeć się przekonaniu, że kokain czy to sam, czy w połączeniu ze sublimatem, tylko wtenczas zaćmienia takie wywołuje, gdy przecinając rogówkę miąższ jéj wystawiamy na działanie owych środków, co potwierdzać się zdaje i ta okoliczność, iż mimo bardzo częstego zapuszczania (5—6-krotnego) kokainu przy innych operacyjach, jak np. zezu, nigdy nie zdarzyło mi się spotykać takiego zmętnienia.

Całkiem naturalnie od poprzednich odrębnego rodzaju i pochodzenia są, zdaniem naszém, zaćmienia, o których Bunge w swéj pracy wspominając mówi, iż przed operacyją samą po kokainizowaniu powstają jako powierzchowne zamglenie przybłonka w samym środku rogówki. Mojém zdaniem mogą one w ten sposób powstać, iż chory w skutek znieczulenia rogówki nie czując ucisku powieki ani też pyłu osadzającego się na rogówce, przestaje mrugać i równocześnie zwilżać nabłonek rogówkowy, który wysychając łatwo strąca się przy manipulacyjach wykonywanych w celu opłukania oka. Zmiany te ustępują same bez następstw po dokonanéj operacyi pod osłoną odpowiedniéj opaski.

Jeżeli kokain przy operacyjach zaćm szkodliwie działać może, gdy w zbyt silnych rozczynach i zbyt często bywa zapuszczanym, to są inne jeszcze operacyje, przy których lepiéj w ogóle wcale środka tego nie używać lub używając go zapuścić tylko raz jeden na kilka minut przed rękoczynem.

Do operacyj tych zaliczam rozcinanie błonki zaćmy wtórorzędnéj, jakoteż irydotomije, które udają się tém lepiéj, gdy napięcie śródoczne nie jest obniżoném.

W obu operacyjach chodzi nam o to, ażeby po zrobieniu otworu w źrenicy ciało szklane parte ciśnieniem śródocznem wciskając się w otwór, takowy rozszerzyło i rozszerzony utrzymywało. Nie osiągniemy tego skutku nigdy, jeżeli przez kilkakrotne kokainizowanie już przed operacyją nastąpiło obniżenie ciśnienia śródocznego. W takich razach bowiem zdarzyć się może, iż po zrobieniu rozcięcia błony źrenicznéj i wyciągnięciu igły, ciecz przedniéj komórki wcale nie odpłynie, a obwód zrobiony znowu się zamknie lub zbyt małym pozostanie. Przy irydotomijach zaś w podobnych warunkach utworzona szpara z tych samych względów nie tylko nie rozszerza się, ale pokrywa się występującą krwią. Wystąpienie takie krwi bywa utrudnionem, gdy przy należytém ciśnieniu śródoczném ciało szklane zatyka otwór.

Podczas gdy zewnętrzne używanie kokainu nietylko w celach leczniczych ale przeważnie przy operacyjach doznało powszechnego zastósowania, to działanie znieczulające tego środka przy użyciu podskórném, podspojówkowém lub miąższowém za mało dotychczas zdaje się być cenionem. A jednak właśnie lekarz praktykujący, któremu dla braku należytéj asystencyi uśpienie chorego sprawia dużo trudu, nieraz znamienitą korzyść z kokainu w ten sposób używanego odnieść może Lecz i klinicysta bardzo zajęty, pomijając tę okoliczność, iż unika niebezpieczeństwa, z jakiém uśpienie chorego jest połączone, już dla tego samego zwracać się powinien częściéj do miejscowego znieczulenia, ponieważ nie mało zyska przez to na czasie. Komuż bo z nas nie wiadomo, ile czasu wymaga niekiedy zastósowanie chloroformu lub eteru w celu uśpienia chorego i to nie rzadko tam właśnie, gdzie się najmniéj tego spodziewa. (Dok. nast.)

II. W sprawie techniki przy amputacyi podudzia.

Podał Prof. Dr. A. Obaliński.

W czasie, kiedy chirurgija zajmuje się tak wielkiemi zagadnieniami, jakiém jest operacyjne leczenie trzew zawartych w wielkich jamach ciała, chcieć mówić o technice najzwyklejszéj amputacyi, wydaje się być anachronizmem, a jednak w ostatnich kilku tygodniach ukazały się aż dwa doniesienia w niemieckich czasopismach lekarskich, mające na celu rozpowszechnienie metody, którąby chroniła od przebicia się brzegu kości przepiłowanéj przez części miękkie, osobliwie w przypadkach amputacyi podudzia. Dowodzi to najlepiéj, że sprawa ta była ważną i na czasie.

Każdy więcéj zatrudniony chirurg, a osobliwie ze starszych, którzy funkcyjonowali jeszcze przed rokiem 1874, t. j. przed rozpowszechnieniem się ogólnem antyseptyki, przyzna mi, że obok stosunkowo wielkiéj śmiertelności przygnębiająco działała przy téj prostéj operacyi jeszcze ta okoliczność, że za często wydarzała się tak zwana stożkowatość kikuta *(conicitas)*, przez co rozumiano sterczenie kości przepiłowanéj, jużto uległéj częściowéj martwinie, jużto pokrytéj ziarniną, lecz w każdym razie będące przyczyną trudnego gojenia się a nawet zupełnego niegojenia się rany amputacyjnéj.

Antyseptyka zrobiła tutaj bardzo wiele zniżając tak znacznie odsetek śmiertelności, gdyż w przybliżeniu i z grubsza tylko biorąc zeszedł tenże z 30% na 3%; oprócz tego zapobiega ona flegmonom, martwinom kości, zgorzeli płatów itp. sprawom, prowadzącym w sprawie amputacyjnéj do tak zwanéj stożkowatości kikuta. Jednéj rzeczy tylko nie zdołała usunąć, a mianowicie mechanicznego przebijania się brzegu kości, pozostałego po odpiłowaniu, przez pokrywające go części miękkie, osobliwie tam, gdzie one są w cienkiéj tylko warstwie, jak to ma miejsce przy amputacyi w podudziu, a to tém

bardziej, że nie wszystkie amputacyje i pod wpływem antyseptyki goją się przez rychlozrost, osobliwie zaś w tych szpitalach, które nie odpowiadają zupełnie nowożytnym wymogom higijeny. W moim oddziale np. goi się około 70% *per primam*, reszta zaś tylko w jednéj części przez rychłozrost a częścią przez ropienie.

Skoro więc dotychczasowe metody nie mogą nas zabezpieczyć przed tym nieprzyjemnym przypadem, nic więc dziwnego, że starano się w ostatnich czasach o nowe metody, któreby i w tym kierunku wymogom zadosyć uczynić zdołały. Helferich z Gryfii omawia w 36 Nrze *Münchener med. Wochenschrift* metodę, którą on od kilku lat we wielu przypadkach wypróbował, a która na tém polega, że wycina się boczny płat z wewnętrznéj powierzchni saméj skóry podudzia i że chorego układa się na bok, żeby ten płat obwisał ku dołowi, co sprawia, że tenże płat opiera się na mięśniach w poprzek przeciętych a nie na kości.

O wiele dowcipniejszym i samodzielniejszym wydał mi się sposób podany przez Mosetiga w 45 Nrze *Wiener med. Presse.* Odsyłając ciekawego czytelnika do oryginału nadmienię tu tylko, że polega on na wykrojeniu dwóch płatów bocznych, z których zewnętrzny posiada podstawę, a zatém i obwód nieco większy niż wewnętrzny tak, że zeszywając je od dołu w równych odstępach pozostaje nam z większego w górze nad samą przepiłowaną piszczelą różnica, którą we fałdę poprzeczną układamy i w ten sposób nad samą krawędzią téjże kości zamiast napiętéj skóry pofałdowaną a więc łużnie leżącą część płatu otrzymujemy. Autor użył tego sposobu w pięciu przypadkach i otrzymał wypadki bardzo zadowalające.

Doznawszy niejednokrotnie niemiłych skutków owego przebijania się kości obmyśliłem sobie jeszcze przed dwoma laty sposób, którego dotąd w 33 przypadkach amputacyi podudzia, a następnie w 22 przypadkach amputacyi w innych miejscach, razem więc w 55 przypadkach ze świetnym skutkiem doświadczyłem, na któryto sposób, tak ze względu na jego dobre wyniki, jakotéż na jego prostotę w wykonaniu pozwalam sobie zwrócić uwagę szanownych kolegów zawodowych.

Wykrawam według zwykłych zasad chirurgii operacyjnéj dwa płaty boczne zupełnie równe wraz z mięśniami, każdy w kształcie litery U i zespajam je dwoma rzędami szwów, t. j. płytkowemi i węzełkowemi. W zastępstwie tych ostatnich może być użytym także szew kuśnierski. Najgłówniejszą rzeczą jest założenie szwu płytkowego górnego; ten bowiem ma zapobiegać przebijaniu się krawędzi kości przez skórę. W tym celu zakłada się go tak, żeby poprzeczny drut srebrny łączący obydwie płytki opierał się na kości, przez co części miękkie ponad kością składają się w rodzaj grzebienia ku górze i przodowi sterczącego, a tém samém uwolnione bywają od ucisku wynikającego z przegięcia tychże części przez krawędź kości.

Nie ulega kwestyi, że tego rodzaju szew mógłby być zastósowanym także w metodzie kolistéj dwuczasowéj lub z rękawkiem, wytwarzając nim po prostu fałdę w częściach miękkich tuż ponad kością piszczelową położonych, lecz według mego doświadczenia zdają się płaty mięsne przez swą grubość i jędrność zapobiegać z jednéj strony zsuwaniu się tego szwu przed kość a z drugiéj wytwarzaniu się przestrzeni martwych. Jeżeli w ogóle ważną jest rzeczą utrafić naprężenie drutu przy zakładaniu szwów płytkowych, to dotycze to szwu w mowie będącego jeszcze w wyższym stopniu. Miary nabywa się przez doświadczenie i wprawę; teoretycznie tylko tyle powiedzieć mogę, że należy wystrzegać się za mocnego ściskania płytkami części miękkich.

Z powodu układania się części miękkich ponad i przed kością na wzór grzebienia koguciego nazwałem metodę moją metodą grzebieniową. Po zagojeniu się rany wygładza się ów grzebień w zupełności, a w ten sposób otrzymany kikut amputacyjny przedstawia się o wiele piękniéj niż kikuty po dawniejszych metodach.

Która z tych dopiero co omówionych metod największą wyrobi sobie wziętość w praktyce, to rozstrzygnie dopiero przyszłość i poparcie ze strony kolegów fachowych. Ja z méj strony nie bardzo przemawiałbym za metodą Helfericha raz dla tego, że pojedynczy, a więc długi, płat z saméj skóry o wiele rychléj mógłby uledz zgorzeli w danym razie, niż dwa krótkie a grube płaty mięsne, powtóre zaś, że nie każdy chory dałby się nakłonić do leżenia na bok po amputacyi. Metoda Mosetiga wydaje mi się o wiele ponętniejszą i postanowiłem nawet wypróbować ją w najbliższych przypadkach.

Na zakończenie zwracam się z prośbą do kolegów zawodowych, aby w swych doświadczeniach i o mojéj metodzie pamiętać raczyli.

III. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

V. Pozostaje nam jeszcze rozpatrzeć kwestyję utworzenia sztucznéj przetoki pęcherzykowo-kiszkowéj, czyli t. z. cholecystenterostomii. Ile razy mamy do czynienia z niedrożnością przewodu żółciowego wspólnego, tyle razy mamy przedewszystkiém obowiązek usunąć groźne objawy cholemii, którą zatkanie to niechybnie za sobą wiedzie i któryto cel za pomocą cholecystotomii osiągnąć się daje. Prócz tego jednak istnieje i inne ważne wskazanie, a mianowicie usunięcie przeszkody sprawiającéj niedrożność wspólnego żółciowego przewodu, aby zaradzić niemiłym przypadom stałéj przetoce towarzyszącym, a od wstrzymanego dostępu żółci do kanału pokarmowego zależnym. Rozbiór fizyjologicznego wpływu żółci na sprawę trawienia nie leży wcale w zakresie naszego zadania, powiem więc tylko, że mimo licznych prac dawniejszych i współczesnych kwestyja ta nie jest jeszcze w sposób rozstrzygający określona. Rohman [1]) np. utrzymuje, że główny wpływ żółci na czynność trawienia zależny jest od jéj przeciwgnilnych własności. Przy zupełnym braku żółci, mimo znanego jéj wpływu na ułatwienie wessania się tłuszczów, trawienie może się jeszcze odbywać względnie prawidłowo, ale najmniejsze zboczenia patologiczne nabierają szczególnéj wagi ze względu na nieprawidłową fermentacyję, rozwijającą się nadzwyczaj łatwo przy braku żółci. Winiwarter utrzymuje, że żółć wywołuje robaczkowy ruch kiszek, a jéj nieobecność wpływając na zwolnienie trawienia czyni je niezupełném. Według Harleya w tych nawet przypadkach, w których brak żółci najlepiéj

[1]) *Rohman. Pflügers Archiv Bd. XXIX* Cyt. u Denucégo p. 132.

bywa znoszonym, wiedzie on jednak za sobą zaparcie stolca, stałe wzdęcie brzucha i cuchnący rozkład kału, któreto objawy po części i u naszéj choréj spostrzegaliśmy. To téż Harley, aby przypadom tym zapobiedz, zaleca w obec przetoki żółciowéj używanie żółci świńskiéj w kapsułkach, a Nussbaum, który zauważył, że u psów liżących przetokę żółciową upadek odżywiania i wyniszczenie ogólne rozwija się bardzo powoli, radzi w tych przypadkach zbieranie wydzielanéj przez przetokę żółci i używanie jéj przez usta. Jeśli nadto weźmiemy na uwagę, że przetoka żółciowa, gdyby ją nawet bez szkody ustrój mógł znosić, stanowi zawsze dla chorego niemiłe kalectwo, to zrozumiemy, że usunięcie jéj, a względnie usunięcie przeszkody, ktora ją podtrzymuje, jest dla chorego kwestyją pierwszéj wagi. Przeszkoda ta może być trojakiéj natury, a mianowicie zależeć może od obecności ciała obcego (wzgl. najczęściéj kamienia), od zwężenia w skutek nacieczenia nowotworowego i od zwężenia bliznowatego. Usunięcie téj przeszkody po dziś dzień możliwe jest jedynie, jeśli mamy do czynienia z ciałem obcém uwięźniętém w *ductus choledochus*. Ciałem takiém bywa najczęściéj kamień żółciowy, wszystkie bowiem ciała obce w przewodzie żółciowym wspólnym napotykane, jak np. pasorzyty z rodzajów: *echinococcus, distoma hepaticum, distoma lanceolatum, Bilharzia haematobia*, (*Frerichs*), lub pestki owocowe (*Saunders*), stanowią kazuistyczne osobliwości. Otóż dla usunięcia téj najprostszéj przyczyny zatkania przewodu żółciowego wspólnego próbowano dotąd najrozmaitszych środków. Najprostszym z nich jest usiłowane uruchomienie kamienia znalezionego podczas badania *ductus choledochus* przez lekki nacisk wywarty z zewnątrz na ściany żółciowego przewodu, co kilku chirurgów uskuteczniło z powodzeniem. Langemu udało się kamień taki wepchnąć napowrót do pęcherzyka żółciowego, zkąd go z łatwością na zewnątrz wydostał. Parkes, o którym już wyżéj wspominałem, wykonał po raz drugi laparotomiję i pod osłoną palców za pomocą elastycznéj świeczki wprowadzony od wnętrza pęcherzyka przepchnął kamień do dwunastnicy. Lawson Tait [1]) po zrobieniu laparotomii za pomocą kleszczyków obleczonych w miękką powłoczkę skruszył kamień przez ścianki samego przewodu, a odłamki jego z łatwością potém do dwunastnicy przesunąć się dały. Nakoniec Langenbuch proponuje nacięcie ścian przewodu żółciowego, wydobycie kamienia i zamknięcie otworu w przewodzie żółciowym przez nałożenie szwu. Pomysł ten zresztą, o ile mi wiadomo, po dziś dzień wykonawcy nie znalazł. Wszystkie te usiłowania, jakkolwiek racyjonalne, narażają jednak chorych na poważne niebezpieczeństwa i dla tego sądzę, że chirurg o tyle jest w prawie do nich się uciec, o ile istniejąca przetoka widoczny ujemny wpływ na zdrowie chorego wywierając do ogólnego upadku odżywiania prowadzić się zdaje. Dla tego też w naszym przypadku nie czułem się upoważnionym do stósowania któregokolwiek z tych środków, pomimo że chora uporczywie się upominała o powtórną operacyję, któraby ją z przetoki wyleczyć mogła.

Istnieje jednak inna droga, na któréj, omijając przewód żółciowy wspólny, możemy jednak osiągnąć nieomal prawidłowe przedostawanie się żółci do kanału pokarmowego. Chcę mówić o przetokach pęcherzykowo-kiszkowych. Drogę tę wskazała nam przyroda sama, zdawna bowiem znane są spostrzeżenia dotyczące przypadków, w których, przy stałéj niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, pęcherzyk w skutek zapalenia zlepnego przyrastał do sąsiadującéj z nim pętli kiszki cienkiéj, a w następstwie wytwarzała się w tém miejscu przetoka, przez którą stale żółć do kiszek cienkich się wlewała. Gastonowi [1]), który dwa razy znalazł na trupie połączenie między kiszką cienką i pęcherzykiem żółciowym, udało się nawet stan taki rozpoznać za życia chorego. Pierwszym, który teoretycznie uznał za możliwe i odpowiednie przetokę taką wytworzyć sztucznie u człowieka, był Nussbaum, jedynym zaś, który myśl tę do dziś dnia w wykonanie wprowadził, jest Winiwarter [2]). Operacyja ta może znaleźć zastósowanie bądź w tych przypadkach, w których uwięźnięty w *ductus choledochus* kamień całe światło jego zatyka, a nadto tak jest w nim zaklinowany, że o poruszeniu go z miejsca mowy być nie może, bądź téż tam, gdzie przyczyną niedrożności przewodu żółciowego wspólnego jest zwężenie bliznowate po sprawach zapalnych pozostałe, jak to właśnie miało miejsce w przypadku Winiwartera. Tam gdzie przyczyną niedrożności okazałby się nowotwór bądź samego przewodu żółciowego wspólnego, bądź przechodzący nań następczo z sąsiednich narządów, tam, powtarzam, ograniczyć się bezwarunkowo należy do wykonania li tylko cholecystotomii celem zaradzenia groźnym objawom cholemii. Przypadek Winiwartera, jako nadzwyczaj ciekawy i w swoim rodzaju jedyny, w streszczeniu tu przytaczam. U chorego, który przed kilku tygodniami przebywał zap. okątnicze, wystąpiły nagle objawy niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Winiwarter robił mu naprzód w ciągu dwóch tygodni czterokrotne przekłócie pęcherzyka żółciowego trójgrańcem, przyczém otrzymywał do 6ciu litrów żółci za każdym razem, ale zawsze potém pęcherzyk napełniał się bardzo szybko. Przystąpił więc w miesiąc po ostatniéj punkcyi do operacyi radykalnéj. W tym celu otworzył otrzewnę na największéj wypukłości pęcherzyka, *in linea mammaria dextra* i umocował w ranie pęcherzyk żółciowy wraz z przylegającą doń częścią poprzecznicy. Opatrunek Listera. W 4 dni późniéj, gdy i pęcherzyk i poprzecznica do ściany brzusznéj przyrosły wbił troakar w jamę pęcherzyka, a ztamtąd pod osłoną palców wprowadził go do poprzecznicy. Troakar pozostawił w miejscu przez dni 8. Po wyjęciu troakaru powstała przetoka żółciowa. Żółtaczka się zmniejsza, stolce ciągle bezbarwne. W 2 tygodnie późniéj trzecia operacyja: pęcherzyk szeroko rozcięty przez przyrośniętą doń ścianę poprzecznicy, troakar znowu do jéj światła wbity, pozostawiony na dni kilka w miejscu. Skutku żadnego. Chora szybko chudnie i na siłach upada. W 3½ miesiąca późniéj czwarta operacyja: Jama otrzewny otwarta cięciem 8 cm. długiém, pęcherzyk zeszyty z najbliższą pętlą kiszki cienkiéj, za pomocą wieńca szwów, w środku którego zrobiono nacięcie nożem wprowadzonym od strony pęcherzyka. Przez nacięcie to wnętrze pęcherzyka łączy się ze światłem kiszki cienkiéj. Do kiszki wprowadzony przez pęcherzyk gruby dren, który dopiero na 8my dzień wyjęto. Skutek operacyi częściowy, t. j. nieco żółci przechodzi do kiszki, ale o wiele znaczniejsza jéj część wypływa przez przetokę na zewnątrz. Chory ciągle niszczeje. 5ta operacyja w 1½ miesiąca późniéj: zamknięcie przetoki żółciowéj zewnętrznéj przez autoplastykę. Wytwarzają się

---

[1]) *British med. Journ.* 1884 July II. p. 67.

[1]) *Gaston. Abstract of a paper on a remedial operation suggested for cases of obstruction of the gall duct. The British med. Journal* 1885 r. I. p. 324. — [2]) *Prager medicinische Wochenschrift* 1882 Nr. 21 i 22

w następstwie dwie przetoki kałowe. 6ta operacyja w 10 miesięcy później: zeszycie obu przetok kałowych *(Enterorrhaphia duplex)*. Jedna z nich goi się odrazu, druga po licznych poprawkach w 5 miesięcy później. W rezultacie chory wyzdrowiał zupełnie. Cała kuracyja trwała blisko 2 lata, to też Denucé, zdając sprawę z tego spostrzeżenia, dodaje, że nie wie, co więcéj podziwiać należy: śmiałość i przedsiębiorczość chirurga, czy cierpliwość i wytrzymałość chorego. Winiwarter uznając sam różne ujemne strony opisanego przebiegu, nierozłączne z pierwszém wprowadzeniem w wykonanie tak trudnéj i zawiłéj operacyi, sposób postępowania na przyszłość w ten sposób kreśli: Cięcie w ścianie brzusznéj, wydobycie na zewnątz pęcherzyka żółciowego i najbliższéj do dwunastnicy pętli kiszki cienkiéj (sama dwunastnica jako zbyt mało ruchoma jest do tego nieodpowiednia); zeszycie kiszki z pęcherzykiem żółciowym za pośrednictwem szeregu szwów Lemberta ograniczających kolistą przestrzeń, mającą 3 cm. w obwodzie, przytwierdzenie obu wszytych trzew kilku szwami do rany brzusznéj; opatrunek z gazy jodoformowéj. Po 5ciu lub 6ciu dniach druga część operacyi, t. j. utworzenie saméj przetoki. W tym celu ścian pęcherzyka otwierać nie należy, aby przetoki żółciowéj uniknąć; cięcie ma być zrobione w pętli przyszytéj kiszki, w kierunku podłużnéj jéj osi. Następnie wprowadza się tampon do światła kiszki i od jéj wnętrza z łatwością nacina się zrośnięte już ze sobą surowiczemi powierzchniami części pęcherzyka żółciowego i kiszki cienkiéj. Po wyjęciu tamponu szew Lemberta na otwór w pętli kiszkowéj. Nakoniec szew ściany brzusznéj.

Harley stara się osiągnąć ten sam cel na innéj drodze [1]). Proponuje on, aby na części kiszki i pęcherzyka żółciowego, które zamierzamy ze sobą zeszyć, nałożyć nieco żżeradła wied., otoczyć te części wieńcem szwów i opuściwszy je do jamy otrzewnej, zamknąć ranę w ścianie brzusznéj. W ten sposób zrost i przetokę otrzymalibyśmy odrazu. Parę doświadczeń na zwierzętach pomyślne dać miało wyniki; wątpię jednak, czy znajdzie się chirurg, któryby się zdecydował na wprowadzenie do jamy otrzewnéj pewnéj ilości żrącego środka. Zapewne ma się on wydzielić przez przewód pokarmowy, ale któż może przewidzieć, gdzie się strup zgorzelinowy wywołany działaniem leku ograniczy, kto zaręczyć zdoła, że zanim się do kanału pokarmowego dostanie, żrące działanie swoje w zupełności utraci?

Tak samo więcéj teoretyczny przedstawiają interes dwie propozycyje Gastona, o których tylko dla uzupełnienia obrazu wspominam [2]). Radzi on po otwarciu pęcherzyka żółciowego starać się przedewszystkiém o przeprowadzenie zgłębnika przez przewód pęcherzykowy i żółciowy wspólny do dwunastnicy, w razie zaś, gdyby się to nie dało uskutecznić, każe siłą przepchnąć zakrzywiony troakar przez ściany przewodu żółciowego wspólnego i sąsiedniéj pętli kiszki do jéj wnętrza i tam pozostawić go przez kilka dni dla otrzymania zrostów i przetoki. Sposób ten o tyle śmiały, o ile nieracyjonalny, nielitościwie wyśmiany został przez Lawsona Taita. Drugi sposób Gastona polegać ma na tém, że po otwarciu jamy brzusznéj przeprowadza się mocną ligaturę elastyczną przez ścianę pęcherzyka żółciowego i leżącéj obok niéj pętli kiszki, poczém związuje się ją silnie na zewnętrznéj powierzchni tak zbliżonych trzew. Złączone ze sobą części pęcherzyka żółciowego i cienkiego jelita obszywa się naokoło kolistym rzędem szwów Lemberta i opuszcza się wszystko razem swobodnie do jamy otrzewnéj. Ligatura elastyczna, przeciąwszy przez ciągły ucisk zbliżone do siebie powierzchnie pęcherzyka żółciowego i cienkiego jelita wpaść powinna do światła kiszki, torując drogę kędy żółć do wnętrza jelita dostawać się będzie. Na poparcie tego projektu Gaston przytacza pięć doświadczeń dokonanych przez siebie na psach. Wyniki ich jednak nie są wcale zachęcające, jedno bowiem zwierzę użyte do doświadczeń uciekło i nie wiadomo, co się z niém stało, dwoje umarło w skutek zapalenia otrzewny, a u dwojga doświadczenie nie dało żadnego pewnego wyniku, bo elastyczna ligatura nie przecięła przewiązanych ścianek jelita i pęcherzyka. To też żaden z pomysłów Gastona po dziś dzień zastosowany nie został. Widzimy więc z tego, co poprzedza, że ze wszystkich metoda Winiwartera zdaje się mieć przed sobą największą przyszłość. Oddając jednak należną sprawiedliwość śmiałości, pomysłowości i cierpliwości chirurga, nie można się zgodzić ze zdaniem Witzla [1]), który w niéj widzi możliwy kres doskonałości, jaki chirurgija dróg żółciowych dosięgnąć jest w stanie. Przeciwnie, opierając się na tém, co w téj mierze dotychczas w ogóle zrobiono, a przedewszystkiém na udoskonaleniach, jakie ostatnie lata w téj dziedzinie wiedzy lekarskiéj przyniosły, wolno nam jest raczéj wnosić, że pole czynnéj działalności chirurga w obec cierpień dróg żółciowych ciągle wzrastać będzie. Przedewszystkiém mam tu na myśli dwa nietknięte dotąd nożem chirurga działy, a mianowicie n o w o t w o r y i r a n y p ę c h e r z y k a ż ó ł c i o w e g o. (Dok. nast.)

IV. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Pod wielu względami od poprzednich różni się przypadek następujący:

3) Hütner Franciszek, lat 52, szewc. Po krótkim pobycie w tutejszym szpitalu zmarł d. 7 listopada 1886. Rozpoznanie kliniczne: *Tuberculosis peritonei et intestinorum.*

Wynik sekcyi wykonanéj dnia 8/9 1886 (Kilcher) był w skróceniu następujący:

Zwłoki mężczyzny miernego wzrostu, silnéj budowy kośćca, złego odżywienia. Skóra bladożółta, żółtaczka zwłaszcza na twarzy i piersiach, jakoteż dostrzegalnych błonach śluzowych wybitna. Opona twarda żółtawa, tkanka mózgowa niedokrewna, komórki boczne nieco rozszerzone, wyściółka ich nierówna, ziarnisto zgrubiała. Tkanka podskórna skąpo tłuszczem przerosła. Przepona w prawo pod 5tém, w lewo pod 6tém żebrem. Miąższ płuc w tylnych i dolnych częściach przekrwiony, zresztą znacznie obrzękły. Serce prawidłowéj wielkości, mięsień jego wiotki, barwy brunatnoczerwonawéj. Komórki prawidłowo szerokie, zastawki cienkie, żółtawe, domykalne. Położenie trzew brzusznych normalne. W jamie

---

[1]) *Harley. Diseases of the liver.* (Denucé l. c. p. 137).
[2]) *Gaston-Gaillards med. Journ. October* 1884.

[1]) *Witzel. Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1884—5 p. 155—200.

otrzewnowéj około 200 grm. żółtawéj surowiczéj cieczy. Wątroba wypełnia w całości prawe podżebrze, na lewo sięga do granicy żeber i chrząstek, w górę do 5go żebra. Jest ona zwiększona, waży 2600 grm. Powierzchnia delikatnie ziarnista, na brzegu przednim tępym guzki są nieco większe od główki szpilki aż do wielkości siemienia. Błona surowicza cienka, ku tyłowi nieco zgrubiała, z przeponą zrosła. Na dolnéj powierzchni płatu prawego spotykamy także ziarnistość, na płacie lewym gładkim znajduje się ze spodu kilka poprzecznych płytkich brózd. Na przekroju miąższu jest barwy żółtoikterycznéj, konsystencyja zwiększona, rysunek zrazików zmieniony w ten sposób, że między niemi przebiegają krótkie ale dosyć szerokie pasma bladoróżowawe łącznotkankowe. Z przekroju daje się zeskrobać ciecz gęsta, żółtawa jak tłuszcz połyskująca. Najzbitszy jest płat lewy i przednia część płatu prawego. W okolicy tylnego brzegu miąższ jest znacznie miększy, a owe pasma łącznotkankowe mniéj wyraźne. Woreczek żółciowy nieco rozszerzony, ściany jego zgrubiałe, żółć rzadka, jasnożółta. Śledziona zwiększona (16—11—4 cm.), torebka napięta, nieco zgrubiała, na przekroju barwy ciemnowiśniowéj, miąższ dosyć zbity, miazga miernie obfita, podścielisko silniéj rozwinięte. Nerki wielkości normalnéj, powierzchnia gładka, na przekroju miąższ ciemnobrunatny, kruchy, kora nieco zwężona, koło miedniczek mierna ilość tłuszczu. Błona śluzowa żołądka blada, lekko zgrubiała, w części odźwiernikowéj nastrzyknięta. Pęcherz moczowy miernie rozszerzony, błona śluzowa żółtawa. Błona śluzowa kiszki cienkiéj nieco obrzmiała, biernie przekrwiona, podobnie w kiszce grubéj.

Wynik badania mikroskopowego wątroby: W całym organie miąższ przedstawia przemianę tłuszczową wysokiego stopnia. We wszystkich prawie komórkach wątrobowych pierwoszcze w całości lub w większéj części zastąpione tłuszczem. Preparaty przypominają na pierwszy rzut oka utkanie lipomatyczne, mianowicie siatkę, któréj oczka są okrągłe i większe, niżby to jednéj komorce wątrobowéj odpowiadało. Oczka te na preparatach stwardniałych w spirytusie są próżne, na świeżych lub stwardniałych w rozczynie Müllera przedstawiają się jako kulki tłuszczowe. Zwykle na obwodzie tak zmienionéj komórki wątrobowéj znajduje się jądro przypłaszczone nieco lub zupełnie okrągłe, niekiedy koło niego sierpowata resztka pierwoszcza. W niektórych miejscach owe okrągłe przestwory tłuszczowe spłynęły z sobą w większe, mniéj regularne, jak to jeszcze widać z resztek przegródek znajdujących się na obwodzie. W miejscach, gdzie 3 i więcéj takich oczek graniczy z sobą, znajduje się jedna lub więcéj komórek wątrobowych, których pierwoszcze zachowane wypełnia ów przestwór pozostały między kuleczkami tłuszczu. Jądra takich komórek uciśniętych ze wszystkich stron komórkami tłuszczowemi są zwykle wielkości normalnéj, ale ilość pierwoszcza zmniejszona, mniéj się barwiąca, grubiéj ziarnista niż pierwoszcze prawidłowe. W tém pierwoszczu zanikłém znajdują się zwykle liczne jasnobrunatne ziarnka barwika, a granice takich komórek zanikłych zwykle niewidoczne.

Najważniejszemi są zmiany w przestworach międzyzrazikowych, są one znacznie wszędzie porozszerzane, a składają się z młodéj tkanki łącznéj z bardzo licznemi pseudokanalikami. Na bł. wewnętrznéj ścian naczyń krwionośnych i na przewodach żółciowych nie widać zmian żadnych. Błona dodatkowa naczyń spływa bez wyraźniejszéj granicy z otaczającą tkanką łączną. Kształt tych przestworów międzyzrazikowych jest różnym, rzadko okrągławy lub wieloboczny z tępemi kątami, najczęściéj wysyłają one wypustki względnie grube i tępo się kończące do otaczającego miąższu. Wypustki te tylko niekiedy komunikują z takiemiż wypustkami z innych przestworów międzyzrazikowych. Pseudokanaliki stanowią główny składnik przestworów. Jeśli zachodzi w ogóle jakaś różnica w ich ilościowém rozmieszczeniu, to tylko ta, że najwięcéj znajduje się ich w obwodowych częściach przestworów i w ich wypustkach. Te pseudokanaliki nie różnią się niczém od opisanych w poprzednich przypadkach. O pochodzeniu ich poucza nas w sposób jasny granica między miąższem tłuszczowo przemienionym a owemi wyspami młodéj tkanki łącznéj. Granica ta nigdzie nie jest ostrą. Już w samym miąższu przytykającym do rozszerzonego przestworu międzyzrazikowego uderza nas jedna okoliczność, mianowicie ilość jąder odpowiadających komórkom wątrobowym, uciśnionym przez otaczające komórki tłuszczowe, jest większą niż zdała od granicy. Często spotkać tu można komórki wątrobowe wypełnione w jednéj mniejszéj lub większéj połowie tłuszczem (jedną kroplą), resztę zaś komórki zajmuje pierwoszcze z 2—3 i więcéj jądrami. Skoro tylko komórki wątrobowe znajdą się między dwiema delikatnemi wypustkami łącznotkankowemi, zaraz widzimy na nich te objawy odbytéj proliferacyi. Na saméj granicy widzimy już w pochewkach łącznotkankowych większe zwitki komórek przybłonkowych, wspólniczące z pseudokanalikami i owemi komórkami, z których część wypełniona jest tłuszczem, a druga pierwoszczem z wielu jądrami. Granica między pojedynczemi masami protoplasmatycznemi zwykle zatarta, niekiedy tylko udaje się odkryć między niemi wąziutkie szpary lub szarawe, niekiedy wieloboczne linijki, jako granice tych komórek przybłonkowych. Rzadko tylko wśród takiéj grupy komórek, jeśli ta jest okrągławą, można zauważyć pewien rodzaj światła, które albo jest zupełnie próżne, albo zawiera niedający się bliżéj oznaczyć bezbarwny *detritus*. I wśród głębszych warstw zrazików można zauważyć mniejsze okrągławe ogniska zapalne, które niczém się nie różnią od przestworów międzyzrazikowych; są one jednak rzadkie i mniejsze, ograniczone niekiedy tylko do małéj grupy komórek wątrobowych. W tychto mniejszych ogniskach zapalnych można z całą dokładnością widzieć ową przemianę komórek wątrobowych w małe komórki przybłonkowe o wielkich jądrach okrągłych, niekiedy owalnych. Rozgałęzienia żył wątrobowych są zwykle bez żadnych zmian. Gdzieniegdzie tylko w otoczeniu drobniejszych tych naczyń zauważyć można nieznaczne bujanie bł. dodatkowéj do otaczającego miąższu i przemianę komórek wątrobowych w małe, krótkie pseudokanaliki.

Pierwsze i najważniejsze pytanie, jakie nasuwa się po opisaniu powyższych trzech przypadków, jest, czy jesteśmy w ogóle uprawnieni do zaliczania tych przypadków do t. z. marskości zanikowéj. Co do pierwszych dwóch przypadków, to tak badanie mikroskopowe, jakotéż wielkość organu (zwiększenie tegoż) odróżniają dostatecznie te przypadki od marskości zanikowéj Laënneca. Co do trzeciego przypadku, to zwiększenie wątroby w znacznéj części trzeba odnieść do rozległego nacieku tłuszczowego miąższu. Bujanie tkanki łącznéj w pierwszym przypadku było tak około- jakotéż śródzrazikowe, w drugim przypadku miejscami przeważnie międzyzrazikowe, w innych miejscach także śródzrazikowe, wreszcie w 3cim przypadku bujanie śródzrazikowe było widocznem, tylko w niewielkiéj liczbie gron i to tylko na miejscach ogra-

niczonych. Charakterystycznem było zachowanie się miąższu w obec nowowytwarzającéj się tkanki łącznéj. Pod tym względem zachodzi między powyższemi trzema przypadkami a marskością zanikową zasadnicza różnica. Niemniejsza różnica zachodzi pod względem własności histologicznych nowopowstałéj tkanki łącznéj wśród- i międzyzrazikowéj. Wreszcie granica między zachowanym miąższem a tkanką łączną pod względem swych składników przedstawia się tu zupełnie inaczéj, niż w marskości zanikowéj. W tychto różnicach, ponieważ innych nie znalazłem, muszę widzieć główną przyczynę zwiększenia się organu w moich 2 pierwszych przypadkach. Trzeci przypadek zaliczam także tutaj ze względu na równe własności nowowytworzonéj tkanki łącznéj i granicy między zachowanym ale tłuszczowo nacieklym miąższem a tkanką łączną.

W pierwszym przypadku upostaciowanie zrazików i poszczególnych beleczek wątrobowych w skutek zmian zapalnych śródzrazikowych było zmienione, wielkość zrazików nieco zmniejszoną, ale beleczki wątrobowe, jakkolwiek poodzielane od siebie nowowytworzoną tkanką łączną, składały się z komórek wątrobowych, których własności były zupełnie prawidłowe, powierzchowne zaś warstwy zrazików były zastąpione tkanką łączną, która zawierała ogromne mnóstwo pseudokanalików. Inaczéj rzecz się ma z marskością zanikową. Tutaj rozległość, różne stopnie i formy przemian wstecznych zachowanego miąższu wątrobowego są zjawiskiem zwyczajném. Podobnie rzecz się miała w drugim przypadku, tylko z tą różnicą, że tu znajdowały się większe wyspy zachowanego miąższu, w którym upostaciowanie beleczek wątrobowych było zupełnie prawidłowe, a komórki wątrobowe leżące w sąsiedztwie tkanki łącznéj okazywały nawet objawy proliferacyjne.

Co do rozmieszczenia tkanki łącznéj przypadek pierwszy różni się najzupełniéj od marskości zanikowéj. W téj ostatniéj nigdy nie przychodzi do tak rozlanego nowotworzenia tkanki łącznéj wzdłuż wszystkich naczyń śródzrazikowych. Przypadek drugi pod tym względem nie wiele i to tylko miejscami różnił się od zwyczajnéj marskości zanikowéj. Bujanie tkanki łącznéj było tu jedno- i wielozrazikowe, a śródzrazikowe częstsze i rozleglejsze niż w marskości zanikowéj. W przypadku 3 tkanka łączna miała dążność do wytworzenia pierścieni jednozrazikowych.

Nowowytworzona tkanka łączna w powyższych 3 przypadkach zastępująca zanikający miąższ wątrobowy zawierała zwłaszcza ku granicy miąższu tak znaczną ilość pseudokanalików, że co do ilości te ostatnie przeważały nad elementami łącznotkankowemi. Tkanka łączna stanowiła tu delikatną siatkę lub dołki, w których mieściły się szeregi komórek przybłonkowych, tworzące t. zw. pseudokanaliki. Inaczéj zupełnie wygląda tkanka łączna w marskości zanikowéj, jest ona zbitą i składa się z pierścieni łącznotkankowych spółśrodkowo okalających wyspy miąższu wątrobowego, zawiera w częściach środkowych zawsze tylko jądra wrzecionowate, a żadnych okrągłych lub tylko nieznaczną ilość, tylko w obwodowych częściach, jeżli sprawa nie jest jeszcze ukończoną, przeważają jądra komórek limfoidalnych. W téj tkance zbitéj znajdują się wprawdzie pseudokanaliki i odsznurowane komórki wątrobowe, ale jak pierwszych jest bardzo mało, tak ostatnie okazują prawie zawsze różne stopnie zaniku, począwszy od lekkiego zwyrodnienia tłuszczowego lub prostego zaniku aż do zupełnego zaniku komórki wątrobowéj, z któréj tylko grupy ziarnistego barwika pozostały. Zbita tkanka łączna w marskości zanikowéj musi bez wątpienia mniéj miejsca zajmować niż dawniéj na jéj miejscu istniejący miąższ wątrobowy, a nadto tkanka ta, organizując się w coraz zbitszą, musi się kurczyć. To nam czyni łatwém zrozumienie, dla czego w marskości zanikowéj organ stopniowo zmniejszać się musi. Zupełnie inaczéj ma się rzecz w moich 3ch przypadkach. I tu pewna część miąższu normalnego zanikła, na jego miejscu jednak wytworzyła się tkanka łączna z licznemi przestworami, w których umieszczone były pseudokanaliki. Owe przestwory wolne wypełnione komórkami przybłonkowemi nie są niczém inném jak istniejącemi już dawniéj w zraziku mieszkami komórek wątrobowych. Mam tu na myśli ową przestrzeń pomiędzy naczyniami włosowemi, w któréj się w fizyjologicznych stosunkach mieszczą komórki wątrobowe. Te przestrzenie istnieją daléj, a wypełnione są, zamiast komórkami wątrobowemi, pseudokanalikami. Do istniejącego miąższu wątrobowego tak przemienionego w kanaliki przybyła tkanka łączna; organ musi się zwiększać bez względu na to, czy proces zapalny odbywa się w sposób rozlany po całym miąższu, czy téż tylko w pewnych jego częściach. Że w pierwszym razie zwiększenie organu będzie znaczniejsze niż w drugim, rozumie się samo przez się, jeżli inne okoliczności są równe. Zgadzam się na zdanie Ackermanna, że ilość pseudokanalików w różnych przypadkach marskości jest różną; ta rozmaitość jednak trzyma się pewnych granic w marskości zanikowéj, granicy téj nie ma w moich powyższych trzech przypadkach i jak w tych tak téż i w przypadku przez Ackermanna opisanym ilość pseudokanalików jest tak wielką, jakiéj nie napotykamy ani w przybliżeniu w marskości zanikowéj. Moment ten zatém jako mający wpływ na objętość wątroby uważać musimy jako decydujący. I nowopowstająca tkanka łączna w marskości przerostowéj zastosowuje się do tych przemienionych beleczek wątrobowych, między nią a komórkami przybłonkowemi znajduje się wolny przestwór (prawdopodobnie limfatyczny), tak, że o jakimś ucisku tych pseudokanalików mowy być nie może, chociaż otaczająca tkanka łączna jest już zorganizowaną. W całym w ogóle procesie zapalnym w marskości przerostowéj uderzającą i charakterystyczną jest ta równowaga, jaka zachodzi z jednéj strony między zmianami zapalno-nowotwórczemi w tkance łącznéj okołobramnéj a objawami proliferacyjnemi graniczącego miąższu wątrobowego. Téj równowagi nie znajdujemy w obrazach marskości zanikowéj. Na czynność twórczą tkanki łącznéj miąższ odpowiada tu tylko zmianami wstecznemi; znikający miąższ zastąpionym tu bywa kurczącą się tkanką łączną, podczas gdy w marskości przerostowéj tkanką łączną i embryjonalnym miąższem wątrobowym. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Georgi (Drezno): **Niedokrewność złośliwa postępowa a kamyki żółciowe.**

Przypadek spostrzegany przez G. ma być dalszém utwierdzeniem klinicystów w zdaniu, że niedokrewność złośliwa postępowa nie jest chorobą samodzielną, lecz że ją może wywołać wiele przyczyn. Słusznie powiedział Eisenlohr (*Arch. f. klin. Med.*, 1877) jeszcze przed dziesięciu laty, że z czasem przekonamy się o nieistnieniu téj choroby, ma ona być tylko objawem choroby ogólnéj, dotychczas nieznanéj. W ostatnich latach opisano rzeczywiście kilkanaście przypadków niedokrewności złośliwéj, któréj przyczyna bywała

rozmaitą. Raz okazało się przyczyną jéj nieregularne i nienależyte odżywienie, innym razem nadmierna praca, choroby połogowe, przewlekłe zatrucie wyskokiem, obfite i częste krwotoki, długotrwałe choroby ciężkie zakaźne, przewlekłe nieżyty żołądkowo-dwunastnicowe z przejściem w zanik; Klebs i Frankenhäuser opisali pasorzyty (*cercomonas globulus* i *navicula*) jako wywołujące ją, inni podejrzywali o to *anchylostomum duodenale* i brózdogłowca (*botriocephalus*), a wreszcie Fröhner utrzymuje, że jest ona chorobą zakaźną, któréj pasorzyta chorobotwórczego nie znamy. W przypadku swoim podejrzywa G. wątrobę, że miała być punktem wyjścia choroby. Kamyki żółciowe, na które chory cierpiał od dłuższego czasu, wywołały przewlekłą zmianę w utkaniu i czynności wątroby; kwasy żółciowe, działające rozpuszczająco na krew, sprowadziły hemoglobinemiję i niszczyły ją, posuwając w ten sposób coraz daléj niedokrewność. Niedokrewność musiała się zwiększać, bo wciąż tworzyły się nowe kamyki żółciowe i zastój żółci zostawał taki sam. Tém, że w przypadku jego ciągły zastój żółci się utrzymywał, tłumaczy G., dla czego nie w każdym przypadku kamyków żółciowych rozwija się niedokrewność złośliwa; utwierdza go w jego zdaniu przypadek opisany przez Littena, w którym kamyki żółciowe i następowy zastój żółci ciężkie sprowadziły zmiany we krwi i sekcyja własnego chorego, która nie dozwoliła przypuszczenia innéj podstawy choroby. (*Berliner klinische Wochensch.* 1887, Nr. 44 i 45). *H. K.*

Prof. Ebstein: **O nowéj chorobie zakaźnéj: dur powrotny przewlekły.**

W Nrze 36 Przegl. Lek. podano sprawozdanie z pracy prof. E. o téj nowéj chorobie zakaźnéj. Opierając się głównie na torze i dziwnym przebiegu gorączki i na staréj zasadzie *a potiori fit denominatio*, obrał dla niéj autor nazwę „duru powrotnego przewlekłego“, którą, mimo że sekcyja wykazała niespodziewane zmiany, zatrzymuje i broni mimo odmiennego zdania Pela. Chory, którego E. obserwował przeszło rok, umarł wśród objawów charłactwa w sierpniu. Sekcyja wykazała na opłucny płuc liczne guzki i guzy, różnéj wielkości, gruczoły oskrzelowe powiększone, na przekroju okazujące miejsca gwiazdkowate, żółtawe, nekrotyczne; te same zmiany okazywały gruczoły limfatyczne, wzdłuż stosu kręgowego ułożone, śledziona a w niektórych miejscach na przekroju i wątroba. Szpiku kostnego i mózgu ze względów zewnętrznych nie badano. Żadnych mikroorganizmów nie wykazano we krwi, ani gdzieindziéj w ustroju. Ze stanowiska anatomopatologicznego wypada przypadek ten zaliczyć do stosunkowo rzadkich przypadków *lymphoma malignum durum*. Mimo to E. zalicza przypadek swój do chorób zakaźnych, biorąc na pomoc przypadki o podobnym przebiegu opisane w ostatnich czasach przez angielskich klinicystów, a zaliczone przez nich do rodzaju białaczki rzekoméj zakaźnéj i tę okoliczność, że od czasu, jak ogłosił historyję choroby żyjącego jeszcze mechanika, ogłosił i Pel nowe trzy przypadki o podobnym przebiegu. Widocznem jest, zdaniem E., że choroba, którą przedtém znano tylko w Anglii, staje się na lądzie stałym częstszą; nie życzy téż E. ludzkości téj nowéj plagi, gdyby miała przybrać z czasem cechę nagminną, bo dotychczas okazały się w obec niéj wszystkie nasze leki bezskutecznemi. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 45). *H. K.*

Chirurgija.

Christmas-Dirckinck-Holmfeld: **Olejek terpentynowy jako środek przeciwgnilny.**

Prof. Grawitz i de Bary donieśli w jednéj z prac swoich, że można u psów wywołać ropienie przez wstrzyknięcie podskórne olejku terpentynowego nie wprowadzając z nim mikrobów i że otrzymywali z jadu ropnego (*Micrococcus prodigiosus*) wyciąg, który aczkolwiek mikrobów nie zawierał, wstrzyknięty królikowi pod skórę wywoływał ropienie. Spostrzeżenie to jest wielkiéj wagi, gdyż stoi w sprzeczności z obecnemi zapatrywaniami, według których ropienie powstać może tylko przez działanie mikroorganizmów, nie zaś istot chemicznych, a oparty jest na spostrzeżeniu, że olejek terpentynowy bardzo szybko niszczy zarodki zarazków i pod tym względem stoi nawet wyżéj od sublimatu i kwasu karbolowego. Autor, chcąc się przekonać o prawdziwości powyższego twierdzenia, urządził hodowle bakteryj ropnych, w których skład wchodziły: *Micrococcus prodigiosus*, *Staphylococcus aureus* i pewien rodzaj białych mikrokoków. Gromadę taką oblał czystym olejkiem terpentynowym i następnie w różnych odstępach czasu przenosił za pomocą czystego drutu platynowego część takiéj kolonii razem z kroplą olejku terpentynowego na inne pożywki. Pokazało się wtedy, że *micrococcus prodigiosus* i owe białe mikrokoki na nowym gruncie bardzo dobrze i łatwo się rozwijały, jeżeli tylko wierzchnia warstwa olejku terpentynowego się ulotniła. *Staphylococcus aureus* przyjmował się jeszcze po trzechgodzinnym pobycie w olejku terpentynowym, po pięciu godzinach ginął. Jeżeli zaś autor do żelatyny płynnéj, w któréj hodował starsze pokolenia mikrobów, dolewał olejku terpentynowego, to i *staphylococcus aureus* po pięciogodzinnym pobycie w mięszaninie żelatyny i olejku terpentynowego bardzo pięknie się rozwijał. Z doświadczeń tych wynika, że olejek terpentynowy nie niszczy zarodków zarazkowych i nie jest środkiem antyseptycznym pierwszego rzędu, albowiem nie tylko nie przewyższa pod tym względem sublimatu i karbolu, lecz owszem nie stoi nawet z temi środkami na równi. Z tego powodu autor zwraca na wyniki te uwagę chirurgów, którzyby byli skłonni postępując za radą Grawitza i de Baryego do używania olejku terpentynowego jako środka przeciwgnilnego. (*Fortschritte der Medicin* 1887 Nr. 19). *A. B.*

Streit (Berno): **O nowém znamieniu skórzaków.** W przypadku skórzaka na brzegu oczodołowym udało się Kocherowi zauważyć własność skórzaków dotychczas, zdaniem S., nigdzie nieopisaną, polegającą na tém, że takowe mogą pod wpływem zewnętrznego ucisku zmieniać swą postać. Spostrzeżenia tego dokonał autor przypadkiem podczas wykładu, uczeń bowiem przedstawiający chorego podał, że skórzak ma postać owalną, Kocher zauważył, że ją można zmienić na postać trójkąta, grzebienia, okrągłą i inne. Wytłumaczył, że to zależy od zawartości skórzaków, zbliżonéj co do zbitości do kitu szklarskiego, mającego własność zachowania téj postaci, jaką mu się nadaje. Mówiąc o tym przypadku zwrócił Kocher uwagę i na inną cechę skórzaków, pozwalającą niekiedy odróżnić je na pewne od innych obrzęków, a mianowicie na uczucie trzeszczenia, jakiego się doznaje, uciskając takowe. Trzeszczenie to zależy od obecności włosów obok dostatecznéj ilości płynu gęstego. (*Centralblatt f. Chirurgie* 1887 Nr. 44). *H. K.*

β. **Ergotyna przeciw wolowi.** Już dawniéj Coghill leczył wól podskórnemi wstrzykiwaniami ergotyny. W najnowszych czasach Baureus nie wiedząc zupełnie o próbach Coghilla zastosował znów tę metodę w sposób następujący: Za pomocą strzykawki Pravaza wstrzykiwał początkowo 1 grm. mięszaniny z 1 części ergotyny w 7miu częściach gliceryny i 7miu wody destylowanéj, ale bez skutku; lepszą nieco okazała się mięszanina 3 części ergotyny w 7miu częściach gliceryny i 7miu wody

Później stósował podskórnie roczyn jeszcze silniejszy, mianowicie 5 części ergotyny na 7 gliceryny i 7 wody, z czego robiono 4 wstrzykiwania w ciągu 14 dni, każdorazowo 1 grm. rozczynu. Wstrzykiwania były bolesne, występowało lekkie obrzmienie, ale w przeciągu 3ch tygodni znikał wól i obrzmienie. Według autora wstrzykiwania należy robić głównie nie w podskórną tkankę, lecz w sam miąższ. (*Deutsche Medicinal Ztg.*)

Okulistyka.

J. Kucharski (Tyflis): **Z bakteryjologii jaglicy.**

Powtarzając badania Michla i Sattlera doszedł autor w swych bakteryjologicznych poszukiwaniach do odmiennych niż przytoczeni autorowie wyników. Podczas gdy grzybek Michla nie przedstawia nic charakterystycznego, wyróżnia się wykazany przez autora grzybek dość wybitnie od wszelkich innych dotąd znanych. Mikroskopowo przypominający *gonococci* Neussera, odznacza się jednak rozpuszczającém działaniem na żelatynę peptonową, tworzeniem białéj błonki na jéj powierzchni i osadu na dnie epruwetki; od *staphylococcus pyogenes albus*, z którym również ma wiele cech wspólnych, różni się znacznie powolniejszém rozpuszczaniem żelatyny, wyraźniejszém barwieniem się w 1% rozczynie fuksyny i brakiem reakcyi po podskórném zastrzyknięciu zwierzętom. Autor znajdował go stale zarówno w wydzielinie i ziarnach jaglicowych, jak i w mieszkowém zapaleniu spojówki (*conjunctivitis follicularis*). Szczepienia dokonane grzybkiem K. dały wynik prawie ujemny. Z 24ch przedsięwziętych szczepień na różnych zwierzętach z gatunków podlegających przeszczepieniu jaglicy za pomocą treści ziarn jaglicowych, dało 9 wynik zupełnie ujemny, w 6 wystąpiło przekrwienie spojówki, w 1 zamglenie rogówki, w 1 naciek ropny rogówki, w 6 pokazały się drobne ziarnka, o których autor zupełnie otwarcie przyznaje, że nie mógłby ich uznać za utwory jaglicowéj natury, a tylko w 1 przypadku mógł stwierdzić ziarna przypominające granulacyje w jaglicy. Cztery przypadki przeszczepiania na ludzi dały wynik ujemny. Mimo tak niepewnych rezultatów, osiągniętych szczepieniem, nie waha się autor uznać grzybka odkrytego przez siebie za swoisty, a opierając się na tém, widzi w poszukiwaniach swoich dowód identyczności jaglicy z zapaleniem mieszkowém spojówki. (*Centrbl. für prakt. Augenheilk.* 1887).

Dr. Sroczyński.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

X. zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 25 czerwca 1887 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Kadyi. Obecnych członków 12.

Kol. Laskiewicz okazał kawał mózgu z komórki czwartéj, do któréj był nastąpił krwotok.

Kol. Kadyi zwraca uwagę na pracę Füttera, podającą, iż prątki gruźlicze bardzo dobrze się utrzymują w chlorku paladu.

Kol. Rosenbusch odczytuje rzecz: O wstrzykiwaniach podskórnych rozczynów soli kuchennéj w osłabieniu mięśnia sercowego. Rzecz ta była w całości umieszczona w *Przeglądzie Lekarskim.*

W dyskusyi zabiera głos kol. Widman, na którego wezwanie kol. Rosenbusch robił powyższe doświadczenia z solą kuchenną na chorych w oddziale wewnętrznym I. szpitala powsz. Myśl użycia soli kuchennéj dla podniecenia akcyi serca nie nowa. Już od czasu okazania się podstawowéj pracy Dra Merunowicza: *Ueber die chemischen Bedingungen für die Entstehung des Herzschlages* używano jéj w pewnym rozczynie do transfuzyi po znacznych utratach krwi, w cholerze i t. p. Do szerszego zastósowania w ogóle we wszelkich sprawach chorobowych połączonych z osłabieniem czynności serca poleca Feilchenfeld podskórne wstrzykiwanie rozczynów soli kuchennéj na podstawie doświadczeń na zwierzętach, a równocześnie z nim i niezależnie odeń kol. Rosenbusch na podstawie doświadczeń na ludziach. Sposób ten zadziałania na serce łatwy, a poleca się szczególnie w położnictwie.— Kol. Smutny obiecuje sobie wiele po wstrzykiwaniu soli kuchennéj w przypadkach udaru słonecznego tak częstego u wojskowych. — Następnie zastanawiano się nad teoryją, w jaki sposób działa sól kuchenna w tamowaniu krwotoków. W dyskusyi nad tym przedmiotem, w którym zabierali głos obok prelegenta koll. Dr Widmann, Pisek, Seifman, Wiczkowski, Kadyi, zgodzono się na działanie podniecające soli kuchennéj. Kol. Nowacki chwali dotychczasowy sposób tamowania krwotoków wstrzykiwaniami ergotyny. Kol. Ziembicki widział w klinikach paryskich znakomite skutki po ipekakuanie w wielkich dawkach dochodzących do 2 grm.

Dr. Wiczkowski.

XI posiedzenie naukowe z d. 22 października. 1887.
Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 17.

Kol. Prezes poświęca pośmiertne wspomnienie ś. p. Krzczunowiczowi, wzywając obecnych członków do uczczenia jego pamięci przez powstanie. Wspomina daléj kol. Prezes o wzięciu udziału sekcyi w jubileuszu 50-letnim kol. Dra Kosińskiego, b. fizyka miasta Lwowa.

Kol. Sekretarz odczytuje pismo Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak. wzywając do popierania wyrobów przetworów opatrunkowych p. Dobrowolskiego. W dyskusyi nad tém pismem zgodzono się, aby Komisyi przesłać w téj mierze odpowiedź zredagowaną na podstawie orzeczeń koll. operatorów.

Z kolei Dr. Szpilman odczytał rzecz: o ptomainach. Kol. prelegent wyłożył treściwie historyczny rozwój nauki o ptomainach i obecny stan wiedzy o nich, podał sposób ich otrzymywania i przytoczył wszelkie rodzaje ptomainów otrzymanych. W dyskusyi brali udział, kol. Wehr, który wspominał o rozprawach na jednym ze Zjazdów berlińskich o pyemii i septicemii i o pracach nad zaszczepieniem ropy. Kol. Wiczkowski mówił ze stanowiska chemicznego o ptomainach. Kol. Ziembicki i Prezes przytaczają przypadek tetanii w skutek prątków z ziemi się wydobywających. Kol. Wehr wspomina o tetanii wywoływanéj przez Verneuila za wstrzyknięciem wyciągu z gnojówki końskiéj. Wreszcie kol. Szpilman zainterpelowany przez kol. Laskiewicza potwierdza spostrzeżenia licznych autorów co do powstrzymywania rozwoju bakteryj jednych przez drugie i niektóre objawy chorobowe wąglika tłumaczy częścią mechaniczném zatkaniem naczyń przez laseczniki, częścią ich chemiczném działaniem. Kol. protomedyk Biesiadecki przy wzmiance, co się dzieje z bakteryjami w organizmie, przytacza pracę Mecznikowa, wedle którego bakteryje są zabierane przez ciałka limfatyczne i składane w organach jak wątroba, śledziona i szpik kostny.

Dr. Wiczkowski.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 7 październ. 1887.

Obecni: Prezes Kaczorowski, Sekretarz Wicherkiewicz i koll.: Preibisz, Zielewicz, Dembiński, Święcicki, Holzer, Świderski, Osowicki, Chłapowski.

Do działu porządku dziennego „choroby nagminne“ zabrał głos kol. Kaczorowski podnosząc, iż liczne widuje przypadki czerwonki z łagodnym przebiegiem, a w zakładzie Sióstr Miłosierdzia przeprowadza przeciwko temu cierpieniu indyjski sposób podawania ipekakuany, pod wpływem któréj wypróżnienia ustępują. Nadto zdarzają się często nieżyty gardła i zapalenia płuc.

Kol. Zielewicz wygłosił odczyt pod tytułem: „Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj“. (Wykład ten w całości ukaże się w *Przeglądzie Lekarskim*).

W rozprawie nad tym odczytem zabrał głos kol. Chłapowski i wspomina o przypadku bąblowca wątroby ogromnych rozmiarów. Dotyczył on osoby od 7 lat cierpiącéj a leczonéj przez kolegę Chł. w Bytomiu. Kol. Chł. wypuścił z znacznéj wypukłości wątroby za pomocą przyrządu Dieulafoya przeszło 100 gramów płynu, a gdy chemiczne badanie mimo nieobecności haczyków przemawiało za obecnością bąblowca, wypompował

padki ospianki u osób szczepionych zakończyły się oczywiście pomyślnie. W r. 1887 zaszczepiono na koszt gminy w I obwopo raz wtóry nie bez znacznego, ale przemijającego dla chorej odczynu zapalnego resztę zawartości torbiela. Chora wyzdrowiała a kol. Chł. o trwałém wyzdrowieniu przekonał się jeszcze po roku i późniéj. Wyzdrowienie w tym przypadku bez operacyi tłumaczy się tém, że pewna ilość płynu podczas wypompowania dostała się do jamy brzusznéj i wywołała odczynowe zapalenie z korzystném dla choréj zejściem. — Kol. Preibisz wspomina o przypadku samoistnego wyleczenia się z bąblowca, umieszczonego w okolicy wątroby. Bąblowiec ten przekłuł się do żołądka, z którego przez chorego wykrztuszonym został — Kol. Osowicki podnosi, odwołując się do w odczycie zrobionéj uwagi prelegenta, który robi zastrzykiwania podskórne słonéj wody, iż używał w poliklinice tychże wstrzykiwań w swojskiéj cholerze ale bez widocznych skutków, co kol. Zielewicz tłumaczy nie dość częstemi i licznemi wstrzykiwaniami. Co do operacyi pęcherza żółciowego sądzi kol. Osowicki, iż i tutaj, jak przy operacyi pęcherza moczowego, nie potrzeba się obawiać powstałéj fistuły, a twierdzenie to opiera na doświadczeniu zrobioném u dziecka, u którego celem wydobycia kamienia z pęcherza moczowego zrobił wysokie cięcie; po zeszyciu pęcherza z powłoką brzuszną powstała przetoka u bardzo niespokojnego dziecka, lecz zarosła późniéj sama. — Kol. Zielewicz nie godzi się na tego rodzaju postępowanie operacyjne. Nie ma powodu do obawy, aby rana pęcherzowa nie mogła się zrosnąć, nawet, gdyby jéj nie zeszyto. Ściany bowiem pęcherza w stanie próżnym przylegają do siebie. Było więc tylko po operacyi cewnik stanowiąc część opatrunku dobrze był włożonym, nie potrzeba obawiać się przejścia moczu do jamy brzusznéj. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Uffelmann (Rostock): O pneumokokach Friedländera znalezionych w powietrzu piwnicznem.

Obszerną pracę o ciekawém spostrzeżeniu i wykazaniu pneumokoków w piwnicy zapowiada prof. U. w *Zeitschrift f. Hygiene*. Na razie podaje krótkie sprawozdanie.

Od października 1886 roku badał U. powietrze pod zakładem higijenicznym znajdującéj się piwnicy co do zawartości w niém bezwodnika węglowego, wilgoci i co do ciepłoty, prawie codziennie, co miesiąc raz, w lipcu częściéj, na mikroorganizmy, ich ilość i rodzaje. Podłoga piwnicy wyłożona jest cegłami niezupełnie ściśle do siebie przylegającemi. Okna w piwnicy nie ma, a powietrze z zewnątrz ma dostęp albo przez otwór szczelnie zawsze zamknięty za pomocą drewnianéj klapy, albo przez drzwi otwarte, jeśli się do piwnicy wejdzie, zresztą są drzwi także zawsze zamknięte. Ustawione w niéj płyty z gelatyną, blaszki kartofli, mleko sterylizowane, bulijon cielęcy, nie wykazywały aż do połowy lipca nic szczególnego, zawsze tylko niechorobotwórcze mikroby. 19 lipca ustawił U. w piwnicy dwie płyty z gelatyną i 12 płytek kartofli, ostatnie w kąciku piwnicy; na schodach i podedrzwiami nic nie ustawił. 21 lipca pokazały się na dwóch płytkach kartofli obok pleśni zwykle napotykanych i *micrococcus aurantiacus* jeszcze trzy białożółtawe wilgotne miejsca, dosyć wyniosłe i dosyć znaczne. Na drugi dzień były one wyższe i większe, pleśnią jeszcze bardziéj otoczone; na preparatach mikroskopowych okazały się z nich prątki zupełnie podobne do prątków Friedländera w zapaleniu płuc napotykanych. Przeszczepione na gelatynę dały wyraźną postać gwoździa, białawą (porcelanową) barwę; hodowle plytowe wykazały pod stokrotném powiększeniem okrągławe tarczki z otoczką; rozpłynięcia się gelatyny hodowle nie sprowadziły. Nie ulega w obec tego, powiada U., wątpliwości, że owe trzy miejsca wynioślejsze na płytkach kartofli widziane były koloniami pneumoprątków Friedländera Za tém przemawia zachowanie się ich życiowe i postaciowe. Rozchodziłoby się tylko o to, zkąd one się tam wzięły i jaką drogą do piwnicy dostać się mogły? To pytanie stara się prof. U. rozstrzygnąć w następujący sposób: Przed 19tym lipca z pewnością ich w piwnicy nie było; 15go, 16go, 18go lipca robili w niéj dwaj robotnicy koło rury doprowadzającéj i odprowadzającéj wodę; dla dostępu światła i powietrza otworzyli wymienione wyżéj okienko odchyliwszy klapę drewnianą. Prof. U. przypuszcza zatém, że albo prątki dostały się za pośrednictwem tych robotników do piwnicy, albo były w ziemi lub ścianie, a przez naprawianie muru i poruszenie ziemi pod cegłami wydobyły się na wierzch i przeszły do powietrza w piwnicy zawartego, albo dostały się przez okno lub drzwi z zewnątrz do niéj, albo może on sam je przyniósł ze sobą z pracowni do piwnicy. Dodaje jednak zaraz, że od ukończenia kursu, t. j. od 4go lipca, z prątkami temi nie nie miał do czynienia. Ponieważ ziemia była dosyć wilgotna, zarodki ich od niéj także najprawdopodobniéj się nie oderwały. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1887 Nr. 39). *H. K.*

Regulamin epidemiczny.

Na międzynarodowym Zjeździe higijenicznym uznano za rzecz konieczną w celu ochrony od chorób epidemicznych, zwłaszcza cholery, febry żółtéj, dżumy, aby się państwa między sobą porozumiały i odpowiednie układy zawarły, oparte na następujących zasadach:

1) Doniesienie o każdym przypadku wymienionych chorób winno być obowiązkowe i dziać się jak najrychléj.

2) W jednem z neutralnych państw europejskich winno być utworzone biuro wywiadowcze, do którego donoszonoby telegraficznie o pierwszych przypadkach zachorowania i któremu składanoby regularne sprawozdania o przebiegu epidemii; ono zaś komunikowałoby te sprawozdania wszystkim państwom, któreby w tém urządzeniu udział brały.

3) Drogą porozumienia ustanowioném zostanie, czego koniecznie wymagać należy pod względem podniesienia stosunków zdrowia w portach i miejscowościach komunikacyjnych (zaopatrzenie w wodę, utrzymanie w czystości gruntu i t. d.) Państwa udział w tém urządzeniu biorące postarają się, aby z miejsc, w których choroby te endemicznie lub epidemicznie panują, osoby o chorobę podejrzane lub towary nie były wyprowadzane.

4) Okręty z miejsc zakażonych pochodzące mają być w ten sposób urządzone, aby chorych na pokładzie odosobnić można i potrzebne przewietrzanie przeprowadzić.

5) Okręt pochodzący z miejsca zakażonego winien być w porcie, do którego przybywa, badaniu lekarskiemu poddany.

6) Jeżeli się na pokładzie przydarzyły przypadki cholery, to chorzy winni być po wysadzeniu na ląd odosobnieni, podejrzanych należy poddać obserwacyi aż do czasu, w którym wyrobić sobie będzie można sąd co do charakteru choroby.

7) Okręt pozostaje w obserwacyi, dopóki nie wykona się odwietrzania według przepisu i nie nabędzie się pewności, że na pokładzie nie ma epidemii.

8) W miejscach dopływu do kanału Suezkiego powinien być urządzony międzynarodowy nadzór lekarski przez ajentów ustanowionych przez zreorganizowaną Radę zdrowia w Aleksandryi, a których zadaniem byłoby zarządzanie tego wszystkiego, co dla bezpieczeństwa Europy jest koniecznem.

Przyjęto jeszcze jeden wniosek co do uproszenia Rządu austryjackiego, aby poruszył myśl ponownego zebrania się konferencyi cholerycznéj w Rzymie lub też nowéj konferencyi w Wiedniu lub gdzieindziéj. *Dr. Grabowski.*

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 24 listopada pod przewodnictwem prezydenta miasta posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, że śmiertelność w miesiącu wrześniu r. b. wynosiła 28·9 a w październiku 29·1, po odtrąceniu obcych zmarłych w szpitalach krakowskich 21·7 i 21·8 w stosunku do roku i 1000 ludności. Są to liczby bardzo pomyślne. W październiku pojawiała się szkarlatyna tylko sporadycznie, natomiast było kilka przypadków śmierci z dławca i błonicy. Ospy nie było całkiem a trzy przy-

dzie 175, w II 402, w III 574 razem 1151 dzieci. Dr. Jaworowski zbadał pod względem fauny 66 studzien krakowskich i pomijając rozmaite twory zoologiczne znalazł studnie po największéj części w nader opłakanym stanie. — Tak w taniéj kuchni założonéj kosztem Arcybractwa Miłosierdzia, jak i w jadalni urządzonéj na Kaźmierzu dla ubogich dzieci szkolnych znaleziono jedzenie bardzo smaczne i dobre. — Skonfiskowano 2 beczki nafty zanadto zapalnéj. — Z Namiestnictwa nadeszło zapytanie, czy i jaki przyrząd desinfekcyjny posiada gmina krakowska, tudzież rozporządzenie, iż zwłoki izraelitów mają być chowane w trumnach szczelnie zabijanych, których otwierać nie wolno. — Petycyję mieszkańców Stradomia i ulic pobliskich o otwarcie znowu tamże apteki przekazano do zdania sprawy Drowi Grabowskiemu. — Projekt instrukcyj technicznych i administracyjnych dla zakładu desinfekcyjnego opracowany przez inżynijera sanitarnego Świerzyńskiego postanowiono celem dyskusyi autografować i rozdać członkom Komisyi sanitarnéj.— Uchwalono przedłożyć Radzie miejskiéj wniosek, aby desinfekcyja rzeczy zakażonych odbywała się dla biednych zupełnie darmo a dla mogących płacić za opłatą pokrywającą koszta gminy według zasad późniéj uchwalić się mających. Na wniosek r. m. Dra Domańskiego uchwalono po wyczerpującéj dyskusyi, że desinfekcyja jest konieczną w następujących chorobach, jak ospa. szkarlatyna, odra, róża, błonica, gorączka połogowa, nosacizna, tyfus brzuszny, osutkowy i powrotny, cholera azyjatycka, czerwonka, zapalenie nagminne opon mózgordzeniowych, ropnica, koklusz, wąglik, wścieklizna. W suchotach zaleconą jest desinfekcyja za życia a obowiązkową w razie śmierci. Pożądaną jest desinfekcyja w świerzbie, kile, tudzież zapaleniu oczu egipskiém. — R. m. Dr. Jordan poruszył niewłaściwość wydawania w niektórych aptekach leków nieraz niebezpiecznych na recepty przedawnione lub przepisaną klauzulą lekarską nieopatrzone. Uchwalono w téj sprawie porozumieć się z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém. — Nakoniec wniósł tenże Dr. Jordan, aby uznając wielki pożytek z nauki higijeny zalecić sekcyi IV Rady miejskiéj wprowadzenie tego przedmiotu w program wykładów kursów uzupełniających w szkole św. Scholastyki, tudzież postarać się o to samo dla seminaryjów nauczycielskich. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

○ Czas pojawiania się miesiączki. Dr. Sullier znalazł przy wypytywaniu się 3000 ciężarnych z okolic Królewca, że średnią miarą miesiączka pojawia się w 16 r. U wyższych a słabszych dziewcząt rychléj występuje miesiączka niż u niższych a silniéj zbudowanych, u brunetek rychléj niż u blondynek. Najrychléj ze wszystkich u wysokich słabych blondynek, najpóźniéj u niskich brunetek miernéj konstytucyi. W 83% wszystkich czynność ta ustroju odbywała się od razu od początku regularnie. (*The Lancet*, 1887, II. Nr. 15).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 grudnia. Otrzymaliśmy następujący okólnik:

Z końcem maja 1888, podczas Zielonych Świąt, odbędzie się we Lwowie V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W przekonaniu, że WPan uznaje ważność podobnych zjazdów, Wydział gospodarczy ma zaszczyt prosić WPana, abyś swym współudziałem zechciał przyczynić się do powodzenia V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Bliższe szczegóły co do tego Zjazdu będą w swoim czasie ogłoszone. Gdy wszakże do ułożenia szczegółowego programu potrzebném jest wczesne zawiadomienie o pracach i kwestyjach, mających być przedmiotem obrad, przeto Wydział gospodarczy ma zaszczyt zapytać, czy i jaką sprawę zechciałbyś WPan poruszyć lub jaką pracę przedłożyć.

Ponieważ pożądaném byłoby, ażeby podczas Zjazdu odbyć się mogła Wystawa higijeniczno-lekarska i dydaktyczno-przyrodnicza, przeto Wydział gospodarczy usilnie prosi WPana o jak najrychlejsze doniesienie, czy w rzeczonéj Wystawie WPan zechciałby wziąć udział, i jaki przedmiot wystawić zamierza, urządzenie bowiem wystawy zawisłém jest od od tego, o ile doniosły ten zamiar znajdzie czynne poparcie u ogółu naszych lekarzy i przyrodników.

Upraszając o jak najrychlejsze zawiadomienie, tak co do udziału w samym Zjeździe jak i w zamierzonéj Wystawie, Wydział gospodarczy nadmienia, że zgłoszenia przyjmować będzie najdaléj do końca stycznia 1888.

W imieniu Wydziału gospodarczego:
Prof. Dr. A. Czyżewicz. Prof. Dr. Br. Radziszewski.
Przewodniczący.
Prof. Dr. Józef Żuliński,
sekretarz generalny.

* W terminie listopadowym złożyli egzamin uprawniający do zajmowania posad rządowych pp. Drowie Koy z Krakowa, Szczudło z Żywca, oraz asystent przy katedze medycyny sądowéj Schaitter ostatni z odznaczeniem.

* We środę d. 30 listopada wykonano w klinice prof Madurowicza cięcie cesarskie według metody Porry na kretynce lat 30 i kilka leżącéj z powodu znacznego ścieśnienia miednicy. Matka i syn mają się dobrze.

* Dnia 17 listopada odbyło się walne zgromadzenie członków Towarzystwa biblijoteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J., na którém wybrano biblijotekarzem p. Ludwika Dąbrowskiego, zastępcą jego p. Stanisława Gawlikowskiego. W skład Wydziału weszli pp.: Józef Langer z I roku, Ksawery Górski z II, Jan Papée z III, Kazimierz Mitschka z IV. Mikołaj Łyłyk z Vgo. Do komisyi skontrującéj wybrano pp.: Stanisława Janowskiego, Julijana Staniszewskiego i Jana Kolessę. Sprawozdanie za rok ubiegły wykazuje członków 80. Pozostałość z roku zeszłego wynosiła 227 złr. 53 ct, wkładki członków 271 złr., dochód z balu akademickiego 115 złr. 36 ct., zwrot za dzieła zgubione 26 złr. 50 ct.. razem 640 złr. 39 ct.; z tego zakupiono książek za 622 złr. 9 ct. Daléj zaznacza sprawozdanie z wdzięcznością, że w roku ubiegłym jak lat poprzednich bezpłatnie otrzymywała biblijoteka od redakcyj czasopisma lekarskie: „Medycynę", „Gazetę Lekarską" i „Przegląd Lekarski". Prof. Dr. Blumenstok ofiarował w tym roku biblijotece dzieło prof. Hofmanna p. t.: *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin*, którego drugi egzemplarz otrzymała biblijoteka w darze od autora; nadto raczyli nadesłać bezpłatnie swe prace pp. docenci: Dr. Gluziński i Dr. Jaworski. Od Senatu U. J. uzyskała biblijoteka umieszczenie w *Collegium novum* i trzy szafy na książki, natomiast ubolewa sprawozdanie, że od bardzo licznych dłużników, byłych członków Towarzystwa wpłynęło tylko 26 złr. 50 ct. Biblijoteka w bieżącym roku liczy 25 rok istnienia swego wielce pożytecznego dla młodzieży, któréj dostarcza podręczników do kształcenia się zawodowego, a posiada obecnie koło 3000 dzieł lekarskich.

* D. 21 listopada odbyła się w Pradze uroczysta instalacyja rektora uniwersytetu czeskiego prof. chirurgii Weissa.

(*I. T.*) **Moskwa**. Na przedstawienie prof. Babuchina rada miejska postanowiła urządzić przy uniwersytecie bakteryjologiczną pracownię, asygnując na ten cel w ciągu 3ch lat, począwszy od 1 stycznia 1888, po 1000 rs. corocznie.

* **Włochy**. Prezydentem „Consiglio superiore di sanità" dla królestwa włoskiego mianowany został dekretem królewskim na 3 lata prof. Gwidon Baccelli w Rzymie. W skład téj najwyższéj Rady zdrowia wchodzą pomiędzy innymi: Moleschott, Mantegazza, Marchiafava, Bizzozero, Cantani, Corradi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Potwierdza się wiadomość, że prof. Stork otrzymał naganę od Ministra za wykład o chorobie ks. Następcy tronu pruskiego. — **Gietynga.** Prof. Runge z Dorpatu powolany został na katedrę położnictwa i takową przyjął. — **Hala**. Dr. Kretschmann habilitował się jako docent chorób ocznych. — **Neapol**. Dr. Nicolucci mianowany profesorem antropologii. — **Piza**. Dr. Griffini mianowany profesorem patologii ogólnéj. — **Rzym**. Dr. Ant. Ceci otrzymał katedrę patologii chirurgicznéj. — **Insbruk**. Dr. Juliusz Kratter, docent prywatny w Gracu, mianowany został zwyczajnym profesorem medycyny sądowéj i higijeny. — Na opróżnioną katedrę chorób skórnych i kiłowych proponowani są docenci wiedeńscy: Jarisch i Riehl.

* **Wiadomości osobowe**. W obronie krajowéj mianowani zostali: lekarzem pułkowym 1éj kl. Dr. Andrzej Obrzut, lekarzami pułkowymi 2éj kl. Drowie: Hilary Schramm, Józef Szajna, Bolesław Jaworski, Jan Solewski, lekarzem starszym Dr. Franciszek Gąsiorek.

Lekarz powiatowy w N. Targu, Dr. Zawadziński przeniesiony został do Wadowic.

* **Nekrologija.** W Lipsku umarł b. profesor fizyki Dr. Gustaw Teodor Fechner w 86 roku życia. Urodzony 19 kwietnia 1801 r., uczył się w Lipsku i tamże habilitował się w r. 1826, w r. zaś 1835 mianowany został profesorem. Póżniej otrzymał dyplom honorowy medycyny. Wsławił się pracami swojemi w dziedzinie psychofizyki, nauki, która i dla medycyny wielkie ma znaczenie.

W Insbruku umarł b. prof. anatomii opisowéj, radzca dworu Dr. Dantscher w 76 roku życia.

W Meranie, powracając z San Remo do kraju, umarł Dr. Tadeusz Jakubowski w 28 roku życia, b. uczeń Uniw. Jagiell. — W Stanisławowie umarł Dr. Rojecki.

Dr. Żukotyński donosi nam o śmierci Dra Władysława Sas Kulczyckiego, asystenta sanitarnego w Bóbrce. Padł on ofiarą swego zawodu zaraziwszy się tyfusem, który epidemicznie panuje w okolicy. Był on przyjacielem każdego, który go znał, dla chorych najlepszym lekarzem, dla kolegów nieodżałowanym, dla rodziny najlepszym mężem i ojcem. Zmarły liczył lat 39, pozostawił matkę, żonę i pięcioro drobnych dzieci. Uniwersytet kończył w Krakowie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 48: Kępińskiego: O rzadszych chorobach ocznych przy chronicznych cierpieniach nerek. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Willenza: Farmakologiczno-doświadczalne badania nad salolami; Ziemińskiego: Oznaczanie niemiarowości za pomocą retinoskijaskopu (dok.); Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 11: Perkowskiego: Niemoc płciowa i jéj leczenie (dok.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 4: Rumszewicza: O tłuszczakach podspojówkowych; Kowalskiego: Kilka słów o durze brzusznym.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Jindřich ZAHOŘ, fyzik m. Prahy i radzca sanitarny: Zpráva o zdrovotných poměrech k. k. města Prahy a činnosti městkého fysikátu za rok 1885. v Praze 1887, in 8vo str. 580 z 14 tabl. chromolitogr.

Prof. JANOVSKÝ, Prof. SOYKA i Dr. ZAHOŘ: Zpráva o činnosti městké zdravotní rady Pražské v roce 1885, v Praze 1887, in 8vo str. 81.

Prof. FEIGEL: Nagła śmierć w szkole (Odbitka z Wiadomości lek. 1887), in 8vo str. 21.

TENŻE: O nagłéj śmierci w skutek gwałtownych wzruszeń umysłowych (Odbitka z Wiadomości lek. 1887) in 8vo str. 12.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 grudnia o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. doc. Jaworski przedstawi nowe odczynniki do badania treści żołądkowéj, jakoteż omówi wartość ich praktyczną na podstawie doświadczeń zebranych w klinice prof. Korczyńskiego, poczém kol. doc. Gluziński będzie miał odczyt: O zmianach ilości chlorków w moczu w chorobach żołądkowych.

Sprostowanie. W Nrze 48 Przeglądu Lekarskiego podano mylnie na str. 650 wiersz 9 od góry dawkę kalomelu w ilości 50—60 gramów — zamiast *0·5—0·6 grm.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę II asystenta przy anatomii patologicznéj i demonstratora przy katedrze fizyjologii.

Podania należy wnieść na ręce dziekana Wydziału lekarskiego do dnia 8 grudnia 1887.

Kraków dnia 30 listopada 1887.

N. Cybulski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jągiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.